

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»
КАФЕДРА ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ХИРУРГИИ**

**Учебно-методическое пособие
по хирургическим болезням
для студентов стоматологического факультета.**

Часть 2

Витебск, 2017

УДК 616-089:616.31 (072)

ББК 54.56:56.6 я 73

Б 73

Рецензент: доцент кафедры госпитальной хирургии с курсами урологии и детской хирургии ВГМУ, к.м.н., доцент К.В. Москалев

Богданович А.В.

Б 73 Учебно-методическое пособие по хирургическим болезням для студентов стоматологического факультета. Часть 2: учебно-методическое пособие / А.В. Богданович – Витебск.:2017. - 51 с.

Утверждено на заседании кафедры факультетской хирургии (Протокол №15 от 20.03.2017 г.).

Утверждено и рекомендовано к печати Центральным учебно-методическим Советом УО «Витебский государственный медицинский университет» (протокол № 4 от 17.04.2017 г.).

УДК 616-089:616.31 (072)

ББК 54.56:56.6 я 73

© А.В. Богданович, 2017

© УО «Витебский государственный медицинский университет», 2017

Тема: Открытые повреждения – раны. Классификация. Общие принципы лечения ран. Первичная хирургическая обработка: показания, противопоказания, этапы выполнения. Виды швов.

1. Учебные и воспитательные цели

Цель практического занятия: Изучить клиническую классификацию ран, патогенез раневого процесса, виды заживления ран, особенности огнестрельной раны. Изучить общие принципы лечения ран, виды хирургической обработки и способы закрытия ран. Изучить классификацию, клинику и диагностику инфекционных осложнений ран, современные принципы рационального лечения гнойных ран.

В результате студент должен **ЗНАТЬ:**

1. Понятия рана, ранение, раневая полость, раневой канал.
2. Основные местные симптомы ран (боль, кровотечение, зияние).
3. Классификацию ран по происхождению, механизму повреждения, наличию микрофлоры, виду ранящего снаряда, характеру раневого канала, количеству, отношению к полостям организма, количеству поражающих факторов.
4. Патогенез раневого процесса, характеристику его фаз. Роль грануляционной ткани в ране. Типы заживления ран. Факторы, определяющие заживление раны.
5. Особенности огнестрельной раны. Современные теории повреждающего действия ранящих снарядов. Зоны огнестрельной раны и их характеристики
6. Определение понятий раневая инфекция, микрофлора раны, критический уровень микробного загрязнения. Классификацию раневой инфекции: по происхождению, по источнику, по составу микрофлоры, по клинкоморфологическим проявлениям, по клиническому течению, по распространенности. Факторы, определяющие развитие инфекции в ране.
7. Основные принципы лечения ран. Мероприятия первой помощи при ранениях. Определение понятия первичная хирургическая обработка, виды ПХО. Определение понятия повторная хирургическая обработка. Показания к проведению вторичной хирургической обработки. Основные этапы ПХО и их цели. Основные принципы хирургической обработки.
8. Варианты окончания хирургической обработки. Виды швов. Условия для наложения первичного шва. Различные способы дренирования ран.
9. Местное лечение ран в зависимости от фазы раневого процесса. Правила проведения антибиотикотерапии. Принципы назначения антибиотиков при раневой инфекции.
10. Неинфекционные осложнения заживления раны (гематома раневого канала, серома, лимфорея, расхождение краев раны).

В результате студент должен **УМЕТЬ:**

1. Определять клинические симптомы ран.
2. Обследовать пострадавшего с ранением и дать клиническую характеристику раны.
3. По внешним признакам определить отношение раны к полостям организма.
4. Определять фазу раневого процесса.
5. Определять вид заживления раны.
6. Определять показания и противопоказания к первичной хирургической обработке раны.
7. Определять показания к наложению первичного (первично-отсроченного) и вторичного (раннего и позднего) швов.
8. Установить признаки начинающегося нагноения раны.
9. Правильно производить забор раневого отделяемого для исследований на микрофлору и чувствительность к антибиотикам.
10. Оказывать первую медицинскую помощь при ранениях.
11. Снимать швы.

2. Учебные вопросы

1. Определение понятия рана, ранение, раневая полость, раневой канал.
2. Классификация ран:
 - по характеру повреждения,
 - механизму повреждения,
 - причине повреждения,
 - по инфицированности,
 - по отношению к полостям тела.
 - Общие и местные симптомы ран.
3. Фазы раневого процесса. Типы заживления ран.
4. Огнестрельные раны. Современные теории повреждающего действия ранящих снарядов. Зоны огнестрельной раны, их характеристики.
5. Определение понятий раневая инфекция, микрофлора раны, критический уровень микробного загрязнения.
6. Классификация раневой инфекции.
7. Основные принципы лечения ран. Оказание первой помощи при ранениях.
8. Первичная хирургическая обработка раны (ПХО раны). Определение понятий повторная, вторичная хирургическая обработки.
9. Варианты окончания хирургической обработки. Дренирование ран.
10. Принципы лечения ран в зависимости от фазы раневого процесса.
11. Принципы рациональной антибиотикотерапии при раневой инфекции.
12. Определение понятий: гематома раневого канала, серома, лимфорея, расхождение краев раны. Тактика лечения.

3. Примеры тестовых задач для контроля исходного уровня знаний

1. Верно ли, что клиническая картина ран складывается из таких местных симптомов, как боль, зияние, кровотечение 1. да 2. нет
2. Местно в течении раневого процесса (по М.И.Кузину) выделяют фазы: 1. воспаления 2. отторжения 3. регенерации, образования и созревания грануляционной ткани 4. нагноения 5. реорганизации рубца и эпителизации
3. Какие различают виды заживления ран: 1. первичное натяжение 2. под струпом 3. повторное натяжение 4. закрытое натяжение 5. вторичное натяжение
4. Заживление раны первичным натяжением возможно при: 1. отсутствии инфекции в ране 2. полном и плотном соприкосновении краев раны 3. отсутствии гематомы, некротических тканей и инородных тел в ране 4. жизнеспособности краев раны
5. Верно ли, что все гнойные раны и раны со значительным дефектом ткани заживают вторичным натяжением? 1. да 2. нет
6. Если между краями раны имеется полость, которая заполняется грануляционной тканью, то рана заживает: 1. под струпом 2. первичным натяжением 3. вторичным натяжением
7. К абсолютным признакам проникающей раны относятся: 1. выпадение в рану сальника 2. истечение из раны крови 3. истечение из раны синовиальной жидкости 4. наличие только входного отверстия 5. все перечисленное
8. По характеру раневого канала выделяют раны: 1. сквозные 2. слепые

3. касательные 4. проникающие 5. огнестрельные
9. Вторичным инфицированием раны называется попадание инфекции в нее: 1. в момент повреждения 2. при последующем лечении 3. при повторной травме 4. все вышеуказанное верно 5. все вышеуказанное неверно
10. Первичным инфицированием раны называется попадание инфекции в нее: 1. при оказании первой помощи 2. с перевязочным материалом при первой перевязке 3. в момент повреждения 4. при последующих перевязках 5. во всех вышеуказанных случаях
11. Первичный шов накладывается на рану: 1. во время первичной хирургической обработки 2. после очищения раны 3. после заполнения раны грануляциями 4. во всех указанных случаях 5. ни в одном из указанных случаев
12. Ранний вторичный шов накладывается на предварительно обработанную рану: 1. до появления в ней грануляций 2. при появлении в ней грануляций 3. покрытую грануляциями после иссечения ее краев и дна
13. Первично-отсроченный шов накладывается на предварительно обработанную рану: 1. до появления грануляций 2. на гранулирующую рану 3. на гранулирующую рану после иссечения ее краев и дна
14. Поздний вторичный шов накладывается: 1. на рану при появлении грануляций 2. на гранулирующую рану 3. на гранулирующую рану после иссечения ее краев и дна

4. Литература

Основная:

1. Общая и частная хирургия / В.Н. Шиленок и др. / Под. ред. проф. В.Н. Шиленка. – Витебск, ВГМУ. - 2011. – 655с.

2. Методическое пособие по хирургическим болезням / В.Н. Шиленок, Э.Я. Зельдин, А.В. Фомин, К.В. Москалёв / Под. ред. проф. В.Н. Шиленка. – Витебск, ВГМУ. - 2007. – 356с.
3. Лекции по общей хирургии: Учебник под ред. Сушкова С.А–Витебск, 2002

Дополнительная

1. Чернов, В.Н. Общая хирургия: практ.занятия; учеб.пособие. – М., 2004. – 522 с.
2. Гарелик, П.В. Общая хирургия: [учебник] П.В.Гарелик, И.Я.Макшанов, Г.Г. Мармыш. – Гродно: ГрГМУ, 2006. – 409 с.
3. Общая хирургия: Учебное пособие /Под ред. Г.П.Рычагова и др. - Мн.: Интерпрессервис; Книжный дом, 2002.
4. Петров, С.В. Общая хирургия: Учебник / С.В. Петров. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2012. -832 с.
5. Нартайлаков, М.А. Общая хирургия: учеб.пособие. – Ростов н/Д.: Феникс, 2006 . – 256 с.
6. Руководство по общей хирургии: Н. А. Ефименко, В. Е. Розанов, П. Н. Зубарев — Москва, Медицина, 2006 г.- 752 с.
7. Ковалев, А.И. Общая хирургия: курс лекций: Учебное пособие / А.И. Ковалев. – Ереван: МИА, 2013. – 760 с.
8. Бибииков, Ю.Н. Общая хирургия: Учебное пособие / Ю.Н. Бибииков. – СПб.Лань, 2014.- 272 с.

Тема: Закрытые повреждения. Ушибы, разрывы, растяжения. Травматический токсикоз. Закрытые повреждения черепа и мозга (сотрясение, ушиб, сдавление), грудной и брюшной полостей, забрюшинного пространства и органов, расположенных в них. Оказание первой помощи, принципы лечения.

1. Учебные и воспитательные цели

Цель практического занятия: Изучить клиническую классификацию закрытых повреждений, принципы и методы диагностики, лечения ушибов, разрывов сухожилий, связок, мышц. Изучить симптомы при закрытых повреждениях черепа, живота, грудной клетки и забрюшинного пространства; изучить общие принципы и методы диагностики этих повреждений, мероприятия первой медицинской помощи, лечение.

В результате студент должен **ЗНАТЬ:**

1. Определение понятий «ушиб», «растяжение и разрыв», «сотрясение», «сдавление».
2. Ушибы мягких тканей: клинику, диагностику, первая помощь, лечение.
3. Закрытые (подкожные) разрывы мышц и сухожилий: клинику, диагностику, принципы лечения.
4. Закрытые повреждения черепа и мозга: классификацию, симптоматику, первую помощь.
5. Клиническую картину, принципы лечения пострадавших с сотрясением, ушибом и сдавлением головного мозга.
6. Закрытые повреждения грудной клетки и ее органов: ушиб и сдавление, пневмоторакс (открытый, закрытый, клапанный), гемоторакс. Клиническую картину, первую помощь, принципы лечения.
7. Закрытые повреждения живота и забрюшинного пространства: механизмы повреждений внутренних органов, клиническую картину, диагностику, лечение.
8. Синдром длительного сдавления: этиологию, патогенез, клиническую картину, принципы оказания первой помощи на месте происшествия, лечение.
9. Синдром позиционного сдавления: этиопатогенез, диагностику, первую помощь, лечение.

В результате студент должен **УМЕТЬ:**

1. Обследовать пострадавшего, заподозрить у него признаки закрытого повреждения тканей или органов, составить и обосновать план дальнейшего обследования и лечения.
2. Оказать первую медицинскую и первую врачебную помощь пострадавшим с повреждениями черепа и головного мозга.
3. Оказывать первую медицинскую и первую врачебную помощь пострадавшим с закрытыми повреждениями грудной клетки.

4. Оказывать первую медицинскую и первую врачебную помощь пострадавшим с повреждениями органов брюшной полости и забрюшинного пространства.
5. Оказывать первую медицинскую и первую врачебную помощь пострадавшим с синдромами длительного и позиционного сдавления.

2. Учебные вопросы

1. Определение понятий ушиб, растяжение, разрыв, сотрясение, сдавление.
2. Клиника, диагностика, первая помощь и лечение ушибов мягких тканей.
3. Клиника, диагностика и лечение закрытых разрывов мышц и сухожилий.
4. Закрытые повреждения черепа и мозга: классификация, симптоматика, клиника, первая помощь.
5. Закрытые повреждения грудной клетки: классификация, клиническая картина, первая помощь, принципы лечения.
6. Закрытые повреждения живота и забрюшинного пространства: классификация, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
7. Синдром длительного сдавления: Этиология, патогенез, клиническая картина, первая помощь, принципы лечения, осложнения.
8. Синдром позиционного сдавления: этиопатогенез, диагностика, распознавание, первая помощь, лечение.

3. Примеры тестовых задач для контроля исходного уровня знаний

1. Что такое гематома?
<ol style="list-style-type: none"> 1. ограниченное пропитывание тканей кровью 2. скопление крови, ограниченное тканями 3. скопление крови в суставе, ограниченное его сумкой 4. скопление крови в плевральной полости 5. все вышеперечисленное верно
2. Причиной гемоторакса является, как правило, кровотечение из поврежденных:
<ol style="list-style-type: none"> 1. сосудов легкого 2. межреберных сосудов 3. воротной вены 4. внутренней грудной артерии 5. подмышечной артерии
3. При малом гемотораксе у лежащего пострадавшего над легкими на стороне поражения:
<ol style="list-style-type: none"> 1. дыхание не прослушивается 2. дыхание прослушивается только над верхушкой легкого 3. дыхание прослушивается только в нижних отделах грудной клетки 4. прослушивается везикулярное дыхание над всем легким 5. прослушиваются крупнопузырчатые влажные хрипы над легким
4. Средний гемоторакс у взрослого характеризуется наличием крови в плевральной полости:

<ol style="list-style-type: none"> 1. в реберно-диафрагмальном синусе 2. до нижнего угла лопатки 3. до середины лопатки 4. до II-III межреберьев 5. до 200-300 мл
<p>5. К симптомам среднего гемоторакса можно отнести все, кроме:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. болей в груди 2. отставания в акте дыхания грудной клетки с пораженной стороны 3. редкого поверхностного дыхания 4. ослабления дыхания при прослушивании с пораженной стороны
<p>6. Если кровь, полученная при пункции плевральной полости, потеряла способность свертываться, проба Рувилуа-Грегуара указывает на:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. повреждение сердца. 2. остановку кровотечения 3. продолжающееся кровотечение и нарастание гемоторакса 4. повреждение легкого 5. открытый пневмоторакс
<p>7. Закрытый клапанный (напряженный) пневмоторакс обычно развивается при:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. повреждении грудного отдела трахеи 2. повреждении главного бронха 3. разрыве диафрагмы 4. лоскутном разрыве ткани легкого 5. разрыве пищевода
<p>8. При закрытом пневмотораксе со стороны поражения определяется:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. отставание в акте дыхания 2. тимпанит 3. притупление 4. ослабление или отсутствие дыхательных шумов 5. усиление дыхательных шумов
<p>9. Основными признаками закрытого повреждения плевры и легкого являются все, кроме:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. пневмоторакса 2. гемоторакса 3. подкожной эмфиземы 4. кровохарканья или легочного кровотечения 5. парадоксального дыхания
<p>10. При клапанном (напряженном) пневмотораксе имеет место:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. сдавление поврежденного легкого 2. сдавление здорового легкого 3. смещение средостения в противоположную сторону 4. нарушение центральной гемодинамики
<p>11. Пункция плевральной полости при пневмотораксе проводится в положении больного сидя по среднеключичной линии в межреберьях:</p>

<ol style="list-style-type: none"> 1. I 2. II-III 3. IV-V 4. VI-VII 5. Не имеет значения в каких
<p>12. Опасность гемоперикарда состоит в том, что он может вызвать тампонаду сердца. Верно ли это?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. да 2. нет
<p>13. Верно ли, что истинная травматическая грыжа - это выпадение под кожу через разрывы мышц или апоневроза органов брюшной полости, покрытых брюшиной?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. да 2. нет
<p>14. Какое лечение проводится при травматическом перитоните?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. консервативное 2. экстренная операция 3. консервативное, а при ухудшении состояния - операция 4. все вышеуказанные варианты, кроме п.1
<p>15. При наличии у пострадавшего гемоперитонеума после закрытой травмы живота показано:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. консервативное лечение (холод, гемостатические препараты и др) 2. экстренная операция 3. консервативное лечение, а при ухудшении состояния -экстренная операция
<p>16. Причинами разрывов мочевого пузыря чаще всего являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. травмы нижней половины живота 2. переломы костей таза 3. переполнение мочевого пузыря 4. катетеризация мочевого пузыря резиновым катетером 5. все указанные
<p>17. На ретроградной рентгеноцистограмме при внебрюшинном разрыве мочевого пузыря могут определяться:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. затеки контрастного вещества в брюшную полость 2. затеки контрастного вещества в околопузырную клетчатку 3. мочевой пузырь обычной формы с четкими контурами
<p>18. Какое проводится лечение при полных разрывах мочевого пузыря:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. только консервативное 2. только оперативное 3. при уменьшении гематурии - консервативное 4. все вышеуказанные методы, кроме п.1. 5. все вышеперечисленное
<p>19. Верно ли, что при ушибах и небольших разрывах почек проводится консервативное лечение?</p>

1. да 2. нет
20. Повреждения забрюшинных органов с сохранением целостности брюшины могут проявляться развитием: <ol style="list-style-type: none"> 1. забрюшинной гематомы 2. флегмоны забрюшинного пространства 3. внутрибрюшинного кровотечения 4. перитонита 5. истинной травматической грыжи
21. К симптомам сотрясения головного мозга тяжелой степени относятся: <ol style="list-style-type: none"> 1. потеря сознания 2. брадикардия 3. тахикардия 4. ретроградная амнезия 5. живая реакция зрачков на свет
22. Укажите объем первой помощи пострадавшему с сотрясением головного мозга: <ol style="list-style-type: none"> 1. строгий покой 2. холодный компресс на голову 3. 40 % раствор глюкозы внутривенно 4. обезболивающие 5. разгрузочная спинальная пункция
23. Обязательна ли дегидратационная терапия при сотрясении головного мозга? <ol style="list-style-type: none"> 1. да 2. нет
24. Укажите возможные общемозговые симптомы ушиба головного мозга: <ol style="list-style-type: none"> 1. рвота 2. тахикардия 3. брадикардия 4. потеря сознания 5. гипертермия
25. Ушиб мозга сопровождается субарахноидальным кровоизлиянием: <ol style="list-style-type: none"> 1. всегда 2. в большинстве случаев 3. редко 4. очень редко 5. никогда
26. Верно ли, что для внутричерепных гематом характерно наличие 'светлого' промежутка? <ol style="list-style-type: none"> 1. да 2. нет
27. Всем пострадавшим с любым видом черепно-мозговой травмы обязательна: <ol style="list-style-type: none"> 1. рентгенография черепа

<ul style="list-style-type: none"> 2. консультация терапевта 3. консультация окулиста 4. консультация невропатолога 5. электрокардиография
<p>28. Верно ли, что миоглобинемия и миоглобинурия - основные факторы, определяющие тяжесть токсикоза у пострадавших с синдромом длительного сдавливания?</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. да 2. нет
<p>29. При синдроме длительного сдавливания в крови пострадавшего накапливаются в избытке:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. ионы калия 2. гистамин 3. мочевины, креатинин 4. адениловая кислота, фосфор
<p>30. Основными патогенетическими факторами синдрома длительного сдавливания являются:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. травматическая токсемия 2. плазмопотеря 3. болевое раздражение 4. адинамия
<p>31. Укажите синонимы синдрома длительного сдавливания:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. травматический токсикоз 2. краш-синдром 3. синдром высвобождения 4. миоренальный синдром 5. травматический шок
<p>32. Для II (промежуточного) периода синдрома длительного сдавливания характерно:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. нарастание отека сдавленной конечности 2. гемодилюция, анемия 3. полиурия, 4. снижение диуреза вплоть до анурии 5. гиперкалиемия, гиперкреатинемия
<p>33. Для III периода (позднего) синдрома длительного сдавливания характерно:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. нормализация функции почек 2. нормализация содержания белка в крови 3. нормализация содержания электролитов в крови 4. инфекционные осложнения 5. высокий риск развития сепсиса
<p>34. Какую необходимо оказать первую помощь при синдроме длительного сдавливания сразу после освобождения сдавленных конечностей:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. обезболивание

2. тугое бинтование освобожденных конечностей 3. иммобилизация и организация транспортировки 4. введение спазмолитиков, седативных и сердечных средств 5. наложение жгута
35. Первая врачебная помощь при синдроме длительного сдавливания предполагает: <ol style="list-style-type: none"> 1. налаживание инфузионной терапии независимо от величины артериального давления 2. проверку и коррекцию иммобилизации 3. обезболивание 4. введение седативных средств 5. оперативное лечение
36. Объем оперативных вмешательств при синдроме длительного сдавливания зависит от степени ишемии освобожденных конечностей и включает: <ol style="list-style-type: none"> 1. лампасные разрезы с рассечением фациальных футляров 2. широкую фасциотомию 3. ампутацию конечности 4. открытый металлоостеосинтез при сопутствующем переломе 5. аутодермопластику

4. Литература

Основная:

1. Общая и частная хирургия / В.Н. Шиленок и др. / Под. ред. проф. В.Н. Шиленка. – Витебск, ВГМУ. - 2011. – 655с.
2. Методическое пособие по хирургическим болезням / В.Н. Шиленок, Э.Я. Зельдин, А.В. Фомин, К.В. Москалёв / Под. ред. проф. В.Н. Шиленка. – Витебск, ВГМУ. - 2007. – 356с.
3. Лекции по общей хирургии: Учебник под ред. Сушкова С.А–Витебск, 2002

Дополнительная

1. Чернов, В.Н. Общая хирургия: практ.занятия; учеб.пособие. – М., 2004. – 522 с.
2. Гарелик, П.В. Общая хирургия: [учебник] П.В.Гарелик, И.Я.Макшанов, Г.Г. Мармыш. – Гродно: ГрГМУ, 2006. – 409 с.
3. Общая хирургия: Учебное пособие /Под ред. Г.П.Рычагова и др. - Мн.: Интерпрессервис; Книжный дом, 2002.
4. Петров, С. В. Общая хирургия.: учеб. / С. В. Петров. - 3-е изд. перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 768 с.
5. Нартайлаков, М.А. Общая хирургия: учеб.пособие. – Ростов н/Д.: Феникс, 2006 . – 256 с.
6. Руководство по общей хирургии: Н. А. Ефименко, В. Е. Розанов, П. Н. Зубарев — Москва, Медицина, 2006 г.- 752 с.
7. Общая хирургия: А. И. Ковалев СПб., Медицинское информационн, 2009 г.- 648 с.

Тема: Переломы и вывихи. Клиническая и рентгенологическая диагностика. Первая медицинская помощь. Транспортная иммобилизация. Принципы лечения переломов и вывихов.

1. Учебные и воспитательные цели

Цель практического занятия: Изучить клиническую классификацию переломов и вывихов, принципы и методы диагностики повреждений опорно-двигательного аппарата. Освоить методы оказания первой медицинской и доврачебной помощи пострадавшим. Освоить выполнение транспортной иммобилизации при травмах. Изучить современные принципы и методы лечения переломов и вывихов.

В результате студент должен **ЗНАТЬ:**

1. Определение понятия «перелом». Механизмы возникновения переломов. Клиническую классификацию переломов.
2. Виды смещений костных отломков. Абсолютные и относительные признаки переломов. Диагностику переломов.
3. Алгоритм оказания первой медицинской и первой врачебной помощи пострадавшим с переломами.
4. Принципы лечения переломов костей.
5. Определение понятий «вывих» и «подвывих». Механизмы возникновения вывихов. Клиническую классификацию вывихов.
6. Абсолютные и относительные признаки вывихов. Диагностику вывихов.
7. Принципы оказания первой медицинской помощи пострадавшим с вывихами в суставах конечностей.
8. Определение понятия «транспортная иммобилизация». Цели и задачи транспортной иммобилизации.
9. Средства, используемые для транспортной иммобилизации. Правила транспортной иммобилизации.
10. Принципы транспортной иммобилизации при различных повреждениях.

В результате студент должен **УМЕТЬ:**

1. Определять абсолютные и относительные клинические симптомы переломов костей и вывихов.
2. Обследовать пациента с повреждением опорно-двигательного аппарата: определить ось и измерить длину конечностей, измерить окружность сегментов конечностей и амплитуду движений в суставах.
3. Определять на рентгенограммах признаки переломов длинных трубчатых костей, виды смещений костных отломков, признаки наиболее часто встречающихся вывихов (плеча, бедра, стопы, предплечья, голени).
4. Оказывать первую медицинскую и первую врачебную помощь пострадавшим с переломами и вывихами.
5. Осуществлять транспортную иммобилизацию пострадавшим с травмой шейного, грудного и поясничного отделов позвоночника, верхних и нижних конечностей, таза.

2. Учебные вопросы

1. Понятие «перелом». Механизмы возникновения переломов. Классификация переломов.
2. Виды смещений костных отломков. Абсолютные и относительные признаки переломов.
3. Клиническая и рентгенологическая диагностика переломов.
4. Патологоанатомические изменения при переломах и сращениях.
5. Принципы оказания первой помощи пострадавшим с переломами. «Транспортная иммобилизация».
6. Методы иммобилизации костных отломков: гипсовая повязка, вытяжение, операция.
7. Определение «открытый перелом». Принципы лечения.
8. Определение «вывих», «подвывих». Классификация вывихов. Механизм возникновения вывихов.
9. Клиническая и рентгенологическая диагностика вывихов. Абсолютные и относительные признаки вывихов.
10. Патологоанатомические изменения при вывихах.
11. Принципы оказания первой помощи при подвывихах, вывихах.
12. Основные средства, используемые для транспортной иммобилизации. Правила транспортной иммобилизации

3. Примеры тестовых задач для контроля исходного уровня знаний

1. Укажите опасности и осложнения переломов: 1. кровотечение, гематома, шок, 2. инфицирование перелома, остеомиелит, сепсис, столбняк, 3. повреждение жизненно важных органов, 4. жировая эмболия, ложный сустав, контрактура, анкилоз,
2. Укажите виды костной мозоли: 1. параоссальная, 2. периостальная, 3. интрамедуллярная, 4. интермедиарная, 5. эндостальная.
3. Укажите источники образования костной мозоли: 1. клетки эндоста, 2. клетки каналов остеона, 3. надкостница, 4. окружающая кость соединительная ткань, 5. содержимое костно-мозгового канала.
4. Как влияет на срок сращения костных отломков обширное разрушение надкостницы и окружающих мягких тканей при открытом переломе: 1. ускоряет,

<ul style="list-style-type: none"> 2. не влияет, 3. замедляет.
<p>5. Как влияет на сращение перелома интерпозиция мягких тканей между костными отломками:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. способствует, 2. не влияет, 3. препятствует.
<p>6. Длина предплечья измеряется:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. от головки луча до 'анатомической табакерки', 2. от головки луча до головки II пястной кости, 3. от локтевого до шиловидного отростка локтевой кости, 4. от локтевого отростка до головки V пястной кости, 5. от локтевого отростка до основания II пястной кости.
<p>7. Абсолютная длина бедра измеряется:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. от верхней передней ости подвздошной кости до суставной щели коленного сустава, 2. от большого вертела до щели коленного сустава, 3. от паховой складки до надколенника, 4. от большого вертела до надколенника, 5. от верхней передней ости подвздошной кости до надколенника.
<p>8. Свежими считаются вывихи до:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. 3 сут. 2. 7 сут. 3. 10 сут. 4. 2 недель 5. 3-4 недель
<p>9. Укажите симптомы вывиха плеча:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. крепитация 2. патологическая подвижность 3. изменение абсолютной длины конечности 4. упругое сопротивление движениям 5. ограничение супинации предплечья
<p>10. Первая медицинская помощь при переломах включает:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. обезболивание места перелома раствором новокаина 2. введение обезболивающих средств парентерально 3. наложение асептической повязки при открытом переломе 4. репозицию костных отломков 5. транспортную иммобилизацию
<p>11. Укажите лечебную шину:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. пневматическая 2. сетчатая 3. Крамера 4. Дитерихса 5. Белера

<p>12. Укажите шины, которые можно использовать для транспортной иммобилизации при переломе бедра:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ватно-марлевая 2. Белера 3. Дитерихса 4. Крамера 5. аппарат Иллизарова
<p>13. Надо ли транспортную иммобилизацию выполнять так, чтобы обездвижить минимум два сустава, в образовании которых участвует сломанная кость?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. да 2. нет
<p>14. Пострадавшего с переломом костей таза необходимо транспортировать на носилках в положении:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. с приподнятым головным концом 2. на животе 3. на спине с выпрямленными ногами 4. на боку 5. в положении 'лягушки'
<p>15. Допустима ли транспортировка пострадавшего с компрессионным переломом первого поясничного позвонка на жестких носилках в положении на спине с валиком под поясницей?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. да 2. нет
<p>16. При вывихе плеча в момент оказания первой помощи иммобилизацию можно выполнить с помощью:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. косынки 2. колосовидной повязки на плечевой сустав 3. ватно-марлевых колец Дельбе 4. шины Крамера 5. всеми указанными способами
<p>17. Что не следует проводить в случае перелома длинной трубчатой кости при оказании первой помощи?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. парентеральное введение обезболивающих, 2. остановку кровотечения 3. репозицию костных отломков, 4. транспортную иммобилизацию, 5. парентеральное введение сердечных средств.
<p>18. Укажите сроки и место, где следует проводить репозицию костных отломков при открытом переломе:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. на месте происшествия при оказании первой помощи, 2. при транспортировке пострадавшего в стационар, 3. в приемном покое больницы, 4. в ближайшее время после поступления в условиях операционной,

5. в любом из перечисленных мест, но как можно раньше.
<p>19. Надо ли гипсовую повязку накладывать так, чтобы она захватывала минимум два сустава, в образовании которых участвует сломанная кость?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. да, 2. нет.
<p>20. Если у больного через сутки после вправления перелома костей предплечья и наложения циркулярной гипсовой повязки появились отек кисти, онемение пальцев, боли в предплечье, что Вы должны сделать в первую очередь:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ввести обезболивающее, 2. дать мочегонное, 3. фиксировать предплечье в приподнятом положении, 4. рассечь повязку по всей длине и развести ее края, 5. фиксировать предплечье к туловищу повязкой Дезо.
<p>21. Чрезмерно длительная иммобилизация конечности при переломе опасна развитием:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. псевдоартроза, 2. гемартроза, 3. эпифизеолиза, 4. контрактуры, 5. атрофии мышц.
<p>22. Может ли образовываться пролежень под гипсовой повязкой?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. да, 2. нет.
<p>23. Виды вытяжения:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. скелетное, 2. спицевое, 3. аппаратное, 4. накожное, 5. внутрисуставное.
<p>24. Скелетное вытяжение применяют для лечения переломов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. осложненных кровотечением, 2. репонируемых, но не удерживаемых, 3. репонируемых и удерживаемых, 4. осложненных повреждением нервов, 5. поперечных.
<p>25. Укажите возможные методы лечения при переломе бедренной кости:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. кокситная гипсовая повязка, 2. скелетное вытяжение, 3. остеосинтез, 4. внеочаговый дистракционно-компрессионный остеосинтез, 5. иммобилизация шиной Дитерихса.
<p>26. При абсолютно ясной клинической картине нужно ли выполнять рентгенографию сустава перед вправлением вывиха в нем:</p>

1. обязательно 2. не обязательно 3. не нужно 4. по показаниям
27. Следует ли определять пульс на периферической артерии конечности после вправления вывиха? 1. обязательно 2. не обязательно 3. не следует
28. После вправления вывиха и иммобилизации конечности нужна ли контрольная рентгенография сустава? 1. обязательно 2. не обязательно 3. не нужна
29. Укажите срок иммобилизации после вправления вывиха плеча: 1. 1-5 дней 2. 6-10 дней 3. 3 недели 4. 4 недели 5. 5-6 недель

4. Литература

Основная:

1. Гостищев В.К. Общая хирургия. - М.: Медицина, 1997
2. Хирургические болезни: Учебник под ред. Кузина М.И. /Изд. второе.-М., 1995
3. Тестовые задачи по общей хирургии: Учебное пособие. - Витебск, Издательство ВГМУ, 2001
4. Лекции по общей хирургии: Учебник под ред. Сушкова С.А.–Витебск, 2002

Дополнительная:

1. Травматология и ортопедия Учебник для студ. высш. учеб заведений / Г М. Кавалерский, Л.Л. Силин, А В. Гаркави и др; Под ред. Г. М. Кавалерского. - М.. Издательский центр «Академия», 2005.
2. Анкин Л.Н.. Анкин Н.П. Практическая травматология. Европейские стандарты диагностики и лечения. М. Книга плюс, 2002
3. Киричек С. И. Травматология и ортопедия. Минск, 2002 г.
4. Герасимов А. А. Руководство к практическим занятиям по травматологии и ортопедии. Екатеринбург, 2008 г.

Тема: Ожоги. Отморожения. Электротравма. Диагностика. Первая медицинская помощь. Современные методы лечения. Итоговое занятие №3.

1. Учебные и воспитательные цели

Цель практического занятия: Изучить клиническую классификацию, принципы диагностики, оказания первой помощи и лечение пострадавших с ожогами, отморожениями и электротравмой. Во второй части занятия проведение итогового тестового контроля по разделу «Открытые и закрытые повреждения. Переломы и вывихи. Ожоги, отморожения, электротравма».

В результате студент должен **ЗНАТЬ:**

1. Классификацию термических ожогов. Степени ожога. Диагностику глубины и определение площади ожога
2. Первую помощь при термических ожогах. Принципы лечения термических ожогов. Местное лечение термических ожогов.
3. Ожоговую болезнь. Нарушения в организме при ожогах. Осложнения ожоговой болезни. Принципы лечения ожоговой болезни.
4. Химические ожоги, патогенез, клиническую картину, первую помощь, лечение.
5. Механизм действия электрического тока на организм. Электрические ожоги и электротравму: классификацию, диагностику, лечение. Первую помощь при электротравме.
6. Отморожение: факторы, способствующие отморожению, классификацию, степени отморожений, дореактивный и реактивный периоды, клиническую картину.
7. Общее охлаждение (замерзание). Патогенез. Клиническую картину.
8. Первую помощь при общем охлаждении и отморожениях, принципы лечения.

В результате студент должен **УМЕТЬ:**

1. Обследовать пострадавшего с термическим и химическим поражением, определять площадь и степень повреждения тканей.
2. Оказывать первую медицинскую помощь пострадавшим с ожогами, отморожениями и электротравмой.
3. Выполнять перевязки пациентов с поверхностными ожогами и отморожениями.

2. Учебные вопросы

1. Определение понятия ожога.
2. Виды ожогов (термические, химические и лучевые).

3. Классификация ожогов.
4. Степени ожога. Площадь поражения.
5. Ожоговая болезнь.
6. Оказание первой помощи при ожогах.
7. Общее и местное лечение при ожогах.
8. Определение отморожения.
9. Классификация, патогенез.
10. Дореактивный и реактивный периоды отморожения.
11. Степени отморожений.
12. Первая помощь и лечение при отморожениях
13. Электротравма, действие электрического тока на организм.
14. Оказание первой помощи при электротравме.

3. Примеры тестовых задач для контроля исходного уровня знаний

1. Укажите признаки ожога дыхательных путей: 1. ожог кожи губ и носа 2. ожог языка, твердого и мягкого неба 3. одышка, цианоз 4. судороги 5. осиплость голоса
2. Признаки ожога II степени: 1. только гиперемия кожи 2. мраморного цвета струп 3. черный плотный некротический струп 4. пузыри с прозрачным содержимым 5. пузыри, наполненные кровью
3. Укажите признаки ожога III А степени: 1. тонкий некротический струп 2. гиперемия 3. болезненность раневой поверхности 4. безболезненность раневой поверхности 5. пузыри с прозрачным содержимым
4. Укажите признаки ожога III Б степени: 1. тонкий некротический струп 2. толстый плотный некротический струп 3. геморрагические пузыри 4. болезненная поверхность ожога 5. безболезненная поверхность ожога
5. Укажите признаки ожога IV степени: 1. тонкий некротический струп 2. обнажение костной ткани 3. обнажение мышечной ткани 4. пузыри с прозрачным содержимым

5. пузыри с геморрагическим содержимым
6. По правилу 'девятки' площадь кожного покрова головы и шеи составляет: <ol style="list-style-type: none"> 1. 8 % 2. 9 % 3. 1 % 4. 12 % 5. 18 %
7. По отношению к поверхности тела площадь ладони взрослого человека составляет: <ol style="list-style-type: none"> 1. 1 % 2. 1,5 % 3. 2 % 4. 3 % 5. 9 %
8. Укажите сроки заживления ожогов II степени: <ol style="list-style-type: none"> 1. 6 дней 2. 10-14 дней 3. 16-21 день 4. 30 дней 5. 35 дней
9. Граница некроза при ожоге III А степени распространяется до уровня: <ol style="list-style-type: none"> 1. эпидермиса 2. сосочкового слоя дермы 3. подкожной клетчатки 4. мышц 5. костей
10. Укажите ориентировочные сроки заживления ожогов III А степени: <ol style="list-style-type: none"> 1. 1 неделя 2. 2 неделя 3. 3-4 недели 4. 1,5 мес 5. 2 мес
11. Гранулирующая рана образуется после ожога: <ol style="list-style-type: none"> 1. I-II степени 2. III А степени 3. IV степени 4. III Б степени 5. II-III А степени
12. Ожоговая болезнь у детей может возникнуть при площади поражения глубокими ожогами: <ol style="list-style-type: none"> 1. >1 % 2. >2 % 3. >3 % 4. >4 %

5. >5 %
<p>13. Ожоговая болезнь у взрослых возникает при площади поражения поверхностными ожогами:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. >3 % 2. >7 % 3. >10 % 4. >15-25 %
<p>14. Ожоговая болезнь у взрослых возникает при площади поражения глубокими ожогами:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. >2 % 2. >4 % 3. >6 % 4. >8 % 5. >10 %
<p>15. Укажите признаки адекватности терапии ожогового шока:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. нормализация центрального венозного давления 2. нормализация артериального давления 3. нормализация температуры тела 4. нормализация диуреза 5. снижение гемоглобина
<p>16. Укажите способ расчета объема кристаллоидных растворов (помимо коллоидных) для инфузионной терапии ожогового шока:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1 мл раствора х на массу тела (в кг) х на % ожога + 2000 мл 2. 3 мл раствора х на массу тела (в кг) х на % ожога + 2000 мл 3. 3 мл раствора х на % ожога + 1500 мл 4. 1 мл раствора х на массу тела (в кг) + 1500 мл 5. 3 мл раствора х на массу тела (в кг)
<p>17. Какое лечение проводится при поверхностных ожогах?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ампутация пораженной конечности 2. консервативное 3. аутодермопластика 4. некротомия 5. некрэктомия
<p>18. Укажите рациональные методы лечения глубоких ожогов:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. мазовые повязки 2. баротерапия 3. некротомия 4. некрэктомия 5. аутодермопластика
<p>19. Какова цель выполнения некрэктомии при ожогах?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. декомпрессия тканей 2. уменьшение интоксикации 3. направление течения процесса по сухому типу 4. подготовка раны к аутодермопластике

5. реваскуляризация поврежденных тканей
<p>20. Сетчатые трансплантаты кожи при закрытии ожоговых ран используют для:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. временного закрытия ран 2. увеличения площади трансплантата 3. экономии кожи 4. реваскуляризации ран 5. борьбы с раневой инфекцией
<p>21. Главные причины возникновения холодовых травм:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. температура ниже 0 С 2. большая скорость ветра при низкой температуре 3. повышенная влажность при низкой температуре 4. атеросклероз 5. психические заболевания
<p>22. В течение холодовых травм различают периоды:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. шока 2. дореактивный 3. реактивный 4. компенсации 5. декомпенсации
<p>23. Укажите признаки дореактивного периода холодовой травмы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. пузыри с геморрагическим содержимым 2. пузыри с прозрачным содержимым 3. отсутствие капиллярного пульса 4. отсутствие чувствительности 5. резкая бледность кожного покрова
<p>24. Когда заканчивается дореактивный и начинается реактивный период при отморожении?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. через 1-2 сут от начала замерзания 2. перед согреванием конечности 3. после согревания конечности 4. после приема горячей пищи 5. с момента отторжения некротических тканей
<p>25. Укажите возможные признаки отморожения в реактивном периоде:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. пузыри 2. цианоз отмороженного сегмента конечности 3. гангрена 4. резкая бледность кожи
<p>26. Укажите часто встречающиеся осложнения холодовых травм:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. гастроэнтерит 2. пневмония 3. сепсис 4. флегмона 5. рожистое воспаление

27. Что такое ознобление?
<ol style="list-style-type: none"> 1. отморожение III-IV степени 2. хроническое отморожение 3. отморожение II степени 4. дореактивный период отморожения 5. реактивный период отморожения
28. Граница некроза при IV степени отморожения на уровне:
<ol style="list-style-type: none"> 1. эпидермиса 2. дермы 3. подкожной клетчатки 4. кости 5. мышцы
29. Укажите поражения, связанные со световым и тепловым воздействиями электрической дуги:
<ol style="list-style-type: none"> 1. ожог дыхательных путей 2. электроофтальмия 3. контактный ожог 4. термохимическое воздействие 5. термический ожог открытых участков тела
30. Наиболее опасны петли тока, проходящие через:
<ol style="list-style-type: none"> 1. нижние конечности 2. верхнюю и нижнюю конечности 3. ЦНС 4. сердце 5. промежность
31. Укажите особенности электроожогов:
<ol style="list-style-type: none"> 1. поверхностные 2. как правило, глубокие 3. поражение не соответствует внешним проявлениям 4. обугливание верхних слоев эпидермиса 5. пузыри с геморрагическим содержимым
32. Как оказать первую помощь при электротравме?
<ol style="list-style-type: none"> 1. обесточить тело пострадавшего 2. выполнить искусственную вентиляцию легких и закрытый массаж сердца 3. поставить желудочный зонд 4. катетеризировать подключичную вену 5. дать вдыхать нашатырный спирт

4. Литература

Основная:

1. Гостищев В.К. Общая хирургия. - М.: Медицина, 1997
2. Хирургические болезни: Учебник под ред. Кузина М.И. /Изд. второе.-М., 1995
3. Тестовые задачи по общей хирургии: Учебное пособие. - Витебск, Издательство ВГМУ, 2001
4. Лекции по общей хирургии: Учебник под ред. Сушкова С.А.–Витебск, 2002

Дополнительная:

1. Алексеев, А.А. Ожоговая инфекция. Этиология, патогенез, диагностика, профилактика и лечение. Монография / А.А. Алексеев, М.Г. Крутиков, В.П. Яковлев. – М.: Вузовская книга, 2015. -414 с.
2. Парамонов, Б.А. Ожоги. Практическое руководство, 2000.
3. Герасимов Л.И. Термические и радиационные ожоги. 2005.

Тема: Основы онкологии

1. Учебные и воспитательные цели

Цель практического занятия: Ознакомить студентов с этиологией и патогенезом опухолей, клинико-морфологическими особенностями доброкачественных и злокачественных новообразований, семиотикой, современными принципами диагностики, лечения опухолей. Ознакомить студентов с организацией онкологической службы.

В результате студент должен **ЗНАТЬ:**

1. Понятие об онкологии как науке и ее значение на современном этапе развития медицины. Понятие об опухоли.
2. Этиологию и патогенез опухолей. Понятие о канцерогенах и их классификацию (химические, физические и биологические канцерогены).
3. Особенности доброкачественных и злокачественных опухолей.
4. Предраковые заболевания и их значение для возникновения злокачественных опухолей.
5. Особенности обследования онкологических пациентов. Понятие об «онкологической настороженности».
6. Классификацию опухолей по системе TNM.
7. Общие принципы лечения доброкачественных и злокачественных опухолей.
8. Понятие о диспансеризации онкологических пациентов (клинические группы диспансерного наблюдения).
9. Организацию онкологической помощи в Беларуси.

В результате студент должен **УМЕТЬ:**

1. Проводить клиническое обследование пациента и диагностировать новообразования визуальных локализаций.
2. Определить симптом «плюс ткань».
3. Уметь исследовать молочную железу.
4. Уметь исследовать прямую кишку.
5. Пальпировать лимфатические узлы.
6. Уметь определить зону возможного поражения лимфатических узлов при опухолях визуальных локализаций.
7. Определить клиническую группу диспансерного наблюдения онкологического пациента.

2. Учебные вопросы

1. Что такое опухоль. Отличие злокачественной опухоли от доброкачественной.
2. Морфологические признаки злокачественного роста.
3. Клинические признаки злокачественного роста.

4. Предраковые заболевания. Факторы способствующие трансформации доброкачественной опухоли в рак.
5. Диагностика предраковых состояний и рака на ранних стадиях заболевания. Паранеопластический синдром.
6. Лучевая диагностика рака и предраковых заболеваний (УЗИ, Р-логические методы и др.).
7. Роль эндоскопических методов в ранней диагностике рака.
8. Цитологические и гистологические исследования. Тонкоигольная аспирационная биопсия.
9. Классификация опухоли по стадиям и системам TNM.
10. Лечение опухоли (хирургическое, лучевое, химиотерапия, комбинированное).
11. Профилактика рака. Принцип организации онкологической помощи в Беларуси.

3. Примеры тестовых задач для контроля исходного уровня знаний

1. К химическим канцерогенам относятся
1. полициклические ароматические углеводороды (ПАУ) и гетероциклические соединения
2. ароматические азо- и аминосоединения
3. нитрозосоединения (НС)
4. металлы, металлоиды и неорганические соли
5. все верно
2. По характеру действия на организм химические канцерогены разделяются на:
1. вещества вызывающие опухоли преимущественно на месте аппликаций (бензапирен и другие ПАУ)
2. вещества отдаленного, преимущественно селективного, действия, индуцирующие опухоли избирательно в том или другом органе (2-нафтиламин, бенздин, винилхлорид)
3. вещества множественного действия, вызывающие опухоли различного морфологического строения в разных органах и тканях (3,3-дихлорбензидин, о-толидин).
4. верно 1,3
5. все верно
3. К физическим канцерогенным факторам относятся
1. различные виды ионизирующего излучения (рентгеновские, у-лучи, элементарные частицы атома-протоны, нейтроны, α -, β -частицы)
2. ультрафиолетовое излучение
3. механические травмы тканей
4. верно 1,2
5. все верно

<p>4. К биологическим канцерогенным агентам относятся</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. вирусы 2. риккетсии 3. бактерии 4. простейшие 5. все верно
<p>5. В формировании названия учитываются</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. источник опухоли 2. суффикс “ома” 3. указывается связь с органом или анатомической областью 4. все верно 5. правильно 1,2
<p>6. Опухоли разделяются по видам тканей на</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. эпителиальные, 2. соединительно-тканые, 3. мышечные 4. нейрогенные. 5. все верно
<p>7. Карциномами называются опухоли происходящие из:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. эпителия 2. соединительной ткани 3. мышц 4. нервной системы 5. все верно
<p>8. Саркомаи называются опухоли происходящие из:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. эпителия 2. соединительной ткани 3. мышц 4. нервной системы
<p>9. Доброкачественные опухоли характеризуются</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. неинвазивным ростом. 2. небольшой скоростью роста 3. определяемой капсулой 4. отсутствием феномена метастазирования 5. все верно
<p>10. Злокачественные опухоли характеризуются</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. инвазивным ростом 2. метастазированием 3. высокой скоростью роста 4. все верно 5. верно 1,2
<p>11. Инвазивный рост злокачественной опухоли осуществляется за счет</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. давления растущей опухоли, 2. подвижности опухолевых клеток,

<p>3. ослабления межклеточных взаимодействий,</p> <p>4. действия литических ферментов и типа реакции организма.</p> <p>5. все верно</p>
<p>12. “Онкологическая настороженность” включает:</p> <p>1. знание предраковых заболеваний и их лечения, симптомов злокачественных опухолей в ранних стадиях;</p> <p>2. знание организации онкологической помощи, сети лечебных учреждений и быстрое направление пациента с обнаруженной или подозреваемой опухолью по назначению;</p> <p>3. тщательное обследование каждого пациента, обратившегося к врачу любой специальности с целью выявления возможного онкологического заболевания;</p> <p>4. привычку в трудных случаях диагностики думать о возможности атипичного или осложненного течения злокачественной опухоли.</p> <p>5. все верно</p>
<p>13. Рост опухоли в полые органы сопровождается</p> <p>1. саливацией,</p> <p>2. кашлем с мокротой</p> <p>3. присутствием слизи в каловых массах.</p> <p>4. верно 2,3</p> <p>5. все верно</p>
<p>14. К 1а клинической группе диспансерного наблюдения за онкологическими пациентами относятся</p> <p>1. пациенты с заболеванием, подозрительным на злокачественно новообразование. Эти пациенты подлежат углубленному исследованию и по мере установления диагноза – снятию с учета или переводу в другую группу.</p> <p>2. пациенты с предопухолевыми заболеваниями.</p> <p>3. пациенты со злокачественными новообразованиями, имеющие в результате применения современных методов лечения реальные перспективы полного излечения или длительной ремиссии. Выделяется подгруппа.</p> <p>4. подлежащие радикальному лечению, направленному на полное излечение.</p> <p>5. практически здоровые после радикального лечения (хирургического, лучевого, комбинированного, комплексного)</p>
<p>15. К 1б клинической группе диспансерного наблюдения за онкологическими пациентами относятся</p> <p>1. пациенты с заболеванием, подозрительным на злокачественно новообразование. Эти пациенты подлежат углубленному исследованию и по мере установления диагноза – снятию с учета или переводу в другую группу.</p> <p>2. пациенты с предопухолевыми заболеваниями.</p> <p>3. пациенты со злокачественными новообразованиями, имеющие в</p>

<p>результате применения современных методов лечения реальные перспективы полного излечения или длительной ремиссии. Выделяется подгруппа.</p> <p>4. подлежащие радикальному лечению, направленному на полное излечение.</p> <p>5. практически здоровые после радикального лечения (хирургического, лучевого, комбинированного, комплексного)</p>
<p>16. К II клинической группе диспансерного наблюдения за онкологическими пациентами относятся</p> <p>1. пациенты с заболеванием, подозрительным на злокачественно новообразование. Эти пациенты подлежат углубленному исследованию и по мере установления диагноза – снятию с учета или переводу в другую группу.</p> <p>2. пациенты с предопухолевыми заболеваниями.</p> <p>3. пациенты со злокачественными новообразованиями, имеющие в результате применения современных методов лечения реальные перспективы полного излечения или длительной ремиссии. Выделяется подгруппа.</p> <p>4. подлежащие радикальному лечению, направленному на полное излечение.</p> <p>5. практически здоровые после радикального лечения (хирургического, лучевого, комбинированного, комплексного)</p>
<p>17. К Па клинической группе диспансерного наблюдения за онкологическими пациентами относятся:</p> <p>1. пациенты с заболеванием, подозрительным на злокачественно новообразование. Эти пациенты подлежат углубленному исследованию и по мере установления диагноза – снятию с учета или переводу в другую группу.</p> <p>2. пациенты с предопухолевыми заболеваниями.</p> <p>3. пациенты со злокачественными новообразованиями, имеющие в результате применения современных методов лечения реальные перспективы полного излечения или длительной ремиссии. Выделяется подгруппа.</p> <p>4. подлежащие радикальному лечению, направленному на полное излечение.</p> <p>5. практически здоровые после радикального лечения (хирургического, лучевого, комбинированного, комплексного)</p>
<p>18. К III клинической группе диспансерного наблюдения за онкологическими пациентами относятся</p> <p>1. пациенты с заболеванием, подозрительным на злокачественно новообразование. Эти пациенты подлежат углубленному исследованию и по мере установления диагноза – снятию с учета или переводу в другую группу.</p> <p>2. пациенты с предопухолевыми заболеваниями.</p>

<p>3. пациенты со злокачественными новообразованиями, имеющие в результате применения современных методов лечения реальные перспективы полного излечения или длительной ремиссии. Выделяется подгруппа.</p> <p>4. подлежащие радикальному лечению, направленному на полное излечение.</p> <p>5. практически здоровые после радикального лечения (хирургического, лучевого, комбинированного, комплексного)</p>
<p>19. К IV клинической группе диспансерного наблюдения за онкологическими пациентами относятся</p> <p>1. пациенты с заболеванием, подозрительным на злокачественное новообразование. Эти пациенты подлежат углубленному исследованию и по мере установления диагноза – снятию с учета или переводу в другую группу.</p> <p>2. пациенты с предопухолевыми заболеваниями.</p> <p>3. пациенты со злокачественными новообразованиями, имеющие в результате применения современных методов лечения реальные перспективы полного излечения или длительной ремиссии. Выделяется подгруппа.</p> <p>4. практически здоровые после радикального лечения (хирургического, лучевого, комбинированного, комплексного) злокачественной опухоли при отсутствии рецидивов и метастазов.</p> <p>5. пациенты с распространенными формами злокачественного новообразования, которым невозможно провести радикальное лечение, но вместе с тем показано или намечено хирургическое комбинированное, комплексное, химиогормональное и другое паллиативное или симптоматическое лечение.</p>

4. Литература

Основная:

1. Общая и частная хирургия / В.Н. Шиленок и др. / Под. ред. проф. В.Н. Шиленка. – Витебск, ВГМУ. - 2011. – 655с.
2. Методическое пособие по хирургическим болезням / В.Н. Шиленок, Э.Я. Зельдин, А.В. Фомин, К.В. Москалёв / Под. ред. проф. В.Н. Шиленка. – Витебск, ВГМУ. - 2007. – 356с.
3. Лекции по общей хирургии: Учебник под ред. Сушкова С.А–Витебск, 2002

Дополнительная

1. Чернов, В.Н. Общая хирургия: практ.занятия; учеб.пособие. – М., 2004. – 522 с.
2. Гарелик, П.В. Общая хирургия: [учебник] П.В.Гарелик, И.Я.Макшанов, Г.Г. Мармыш. – Гродно: ГрГМУ, 2006. – 409 с.
3. Общая хирургия: Учебное пособие /Под ред. Г.П.Рычагова и др. - Мн.: Интерпрессервис; Книжный дом, 2002.
4. Общая хирургия: А. И. Ковалев СПб., Мед. инф., 2009 г.- 648 с.

Тема: Основы пластической хирургии и трансплантологии.

1. Учебные и воспитательные цели

Цель практического занятия: Ознакомить студентов с основами пластической и реконструктивной хирургии, возможностями и методиками восстановительной хирургии, трансплантации органов и тканей, организацией банков тканей, методами преодоления тканевой несовместимости.

В результате студент должен **ЗНАТЬ:**

1. Основные периоды развития пластической хирургии.
2. Понятие о восстановительных и реконструктивных операциях.
3. Виды пластики. Терминология, принятая в пластической хирургии.
4. Классификацию тканевых лоскутов по составу, типу кровоснабжения и тканевой принадлежности.
5. Функции тканевых лоскутов.
6. Основные понятия трансплантологии (донор, реципиент, центры забора органов, способы консервирования органов и тканей).
7. Проблемы тканевой несовместимости (классификация реакций отторжения) и методы ее профилактики.

В результате студент должен **УМЕТЬ:**

1. Определить оптимальное направление разреза кожи на различных участках тела.
2. Наложить и менять повязки при свободной и несвободной пластике свободным и несвободным тканевыми лоскутами.

2. Учебные вопросы

1. История развития пластической или восстановительной хирургии.
2. Терминология, основные понятия, применяемые в пластической хирургии.
3. Виды пластики, виды кожной пластики.
4. Классификация тканевых лоскутов по составу, типу кровоснабжения и тканевой принадлежности.
5. Пластика мышц, апоневрозов, сосудов, сухожилий, нервов, костной ткани.
6. Биологические условия пересадки тканей.
7. Основные понятия трансплантологии (донор, реципиент, центры забора органов, способы консервирования органов и тканей).
8. Проблема тканевой несовместимости. Реакция отторжения. Профилактика тканевой несовместимости.

3. Примеры тестовых задач для контроля исходного уровня знаний

1. Регенеративная функция лоскута это:
1. репаративное действие лоскута на воспринимающее ложе.

<ul style="list-style-type: none"> 2. уменьшение отека в зоне пересадки. 3. восстановление приемлемого внешнего вида пораженной области 4. восстановление полноценного кожного покрова при дефектах тканей. 5. замещение утерянного звена кинематической цепи.
<p>2. Реваскуляризация лоскута это:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. обеспечение пересаженным лоскутом транспорта продуктов жизнедеятельности организма 2. восстановление скелета при дефектах костей. 3. восстановление полноценного кожного покрова при дефектах тканей 4. уменьшение отека в зоне пересадки 5. местное улучшение кровоснабжения в результате пересадки.
<p>3. Кондукционная функция лоскута это:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. создание чувствительной и опороспособной поверхности на кисти, стопе или культе конечности. 2. восстановление скелета при дефектах костей 3. обеспечение пересаженным лоскутам транспорта продуктов жизнедеятельности организма 4. местное улучшение кровоснабжения в результате пересадки 5. уменьшение отека в зоне пересадки
<p>4. Дренирующая функция лоскута это:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. обеспечение нормальной регенерации нервов, сухожилий, заживления ран и полостей при обширных дефектах тканей. 2. восстановление приемлемого внешнего вида пораженной области 3. уменьшение отека в зоне пересадки 4. восстановление скелета при дефектах костей 5. обеспечение пересаженным лоскутам транспорта продуктов жизнедеятельности организма
<p>5. Расщепленные кожные трансплантаты обладают следующими свойствами:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. сокращаются на большую величину 2. менее устойчивы к механической нагрузке 3. малочувствительны к инфекции 4. правильно 3 5. правильно 1,2,3
<p>6. Сложные лоскуты разделяются на:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. кожно-жировые 2. кожно-фасциальные 3. сосудистые 4. все верно 5. верно 1,2

<p>7. Комплекс тканей, взятый в пределах организма больного, носит название:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. аллотрансплантат 2. аутоотрансплантат 3. ксенотрансплантат 4. изотрансплантат 5. гетеротрансплантат
<p>8. Комплекс тканей, взятый в другом организме одного биологического вида, носит название:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. аллотрансплантат 2. аутоотрансплантат 3. ксенотрансплантат 4. изотрансплантат
<p>9. Комплекс тканей, взятый из организма другого биологического вида, носит название</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. аллотрансплантат 2. аутоотрансплантат 3. ксенотрансплантат 4. изотрансплантат
<p>10. Простые лоскуты разделяются на:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. кожные 2. жировые 3. фациальные 4. мышечные 5. все ответы правильные
<p>11. Простые лоскуты разделяются на</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. периостальные 2. костные 3. сухожильные 4. невральные 5. все ответы правильные
<p>12. Покровная функция лоскута это:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. восстановление скелета при дефектах костей 2. восстановление кожного покрова при дефектах тканей, длительно незаживающих ранах, изъязвленных рубцах и т.д. 3. восстановление приемлемого внешнего вида пораженной области 4. обеспечение нормальной регенерации нервов 5. создание чувствительной и опороспособной поверхности на кисти, стопе или культе конечности.

<p>13. Каркасная функция лоскута это:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. уменьшение отека в зоне пересадки 2. замещение утраченного звена кинематической цепи 3. создание чувствительной и опороспособной поверхности на кисти, стопе или культе конечности. 4. восстановление кожного покрова при дефектах тканей, длительно незаживающих ранах, изъязвленных рубцах и т.д.
<p>14. Эстетическая функция лоскута это:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. пересаженные ткани замещают утраченное звено кинематической цепи 2. репаративное действие лоскута на воспринимающее ложе 3. уменьшение отека в зоне пересадки 4. обеспечение нормальной регенерации нервов, сухожилий, заживления ран и полостей при обширных дефектах тканей 5. восстановление приемлемого внешнего вида пораженной области
<p>15. Функция лоскута как полноценной биологической среды это:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. местное улучшение кровоснабжения в зоне пересадки 2. репаративное действие лоскута на воспринимающее ложе 3. обеспечение нормальной регенерации нервов, сухожилий, заживления ран и полостей при обширных дефектах тканей 4. восстановление скелета при дефектах костей 5. уменьшение отека в зоне пересадки
<p>16. Сенситивно-опорная функция лоскута это:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. восстановление скелета при дефектах костей 2. местное улучшение кровоснабжения в результате пересадки 3. уменьшение отека в зоне пересадки 4. создание чувствительной и опороспособной поверхности на кисти, стопе или культе конечности 5. восстановление полноценного кожного покрова

4. Литература

Основная:

1. Общая и частная хирургия / В.Н. Шиленок и др. / Под. ред. проф. В.Н. Шиленка. – Витебск, ВГМУ. - 2011. – 655с.
2. Методическое пособие по хирургическим болезням / В.Н. Шиленок, Э.Я. Зельдин, А.В. Фомин, К.В. Москалёв / Под. ред. проф. В.Н. Шиленка. – Витебск, ВГМУ. - 2007. – 356с.
3. Лекции по общей хирургии: Учебник под ред. Сушкова С.А–Витебск, 2002
4. Дополнительная
1. Чернов, В.Н. Общая хирургия: практ.занятия; учеб.пособие. – М., 2004. – 522 с.

2. Гарелик, П.В. Общая хирургия: [учебник] П.В.Гарелик, И.Я.Макшанов, Г.Г. Мармыш. – Гродно: ГрГМУ, 2006. – 409 с.
3. Общая хирургия: Учебное пособие /Под ред. Г.П.Рычагова и др. - Мн.: Интерпрессервис; Книжный дом, 2002.
4. Петров, С. В. Общая хирургия.: учеб. / С. В. Петров. - 3-е изд. перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 768 с.
5. Нартайлаков, М.А. Общая хирургия: учеб.пособие. – Ростов н/Д.: Феникс, 2006 . – 256 с.
6. Руководство по общей хирургии: Н. А. Ефименко, В. Е. Розанов, П. Н. Зубарев — Москва, Медицина, 2006 г.- 752 с.
7. Общая хирургия: А. И. Ковалев СПб., Медицинское информационн, 2009 г.- 648 с.
8. Пластическая хирургия лица и шеи [Текст] / В. И. Сергиенко [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 328 с

Тема: Острые гнойные заболевания кожи, подкожной клетчатки, лимфатической системы. Фурункул, карбункул, гидраденит, абсцесс, флегмона, рожистое воспаление, лимфаденит, лимфангит. Флегмоны шеи.

1. Учебные и воспитательные цели

Цель практического занятия: Ознакомить студентов с многообразием острых гнойных заболеваний кожи и подкожной клетчатки, изучить их клиническую картину этих заболеваний. Познакомить с современными методами лечения. Изучить клиническую картину, диагностику и лечение флегмон шеи.

В результате студент должен **ЗНАТЬ:**

1. Понятие “хирургическая инфекция”. Классификацию. Этиологию и патогенез хирургической инфекции.
2. Факторы, определяющие развитие и течение хирургической инфекции.
3. Основные патофизиологические и патанатомические изменения в очаге воспаления. Стадии (фазы) воспаления.
4. Общие клинические проявления при хирургической инфекции. Изменения лабораторных показателей.
5. Принципы местного лечения хирургической инфекции и гнойных ран (физиотерапия, препараты химической антисептики).
6. Принципы оперативного лечения заболеваний, вызванных хирургической инфекции. Способы дренирования гнойного очага.
7. Принципы общего лечения хирургической инфекции.
8. Антибактериальную терапию (антибиотики, сульфаниламиды, нитрофураны, производные нитроимидазола) при заболеваниях, обусловленных инфекцией.
9. Методы детоксикации применяемые при хирургической инфекции (инфузионная терапия, гемосорбция, лимфосорбция, УФО крови).
10. Методы активизации защитных сил организма (неспецифическая, специфическая), (иммунные сыворотки, глобулины, бактериофаги, вакцины, анатоксины, иммуномодуляторы, биостимуляторы).
11. Патогенез, клинику, лечение хирургической инфекции мягких тканей и лимфатической системы (фурункулез, карбункул, гидраденит, абсцесс, флегмона, рожистое воспаление, лимфаденит, лимфангит).
12. Этиологию, патогенез, клиническую картину, диагностику и лечение флегмон шеи.

В результате студент должен **УМЕТЬ:**

1. Проводить обследование пациентов с острыми гнойными заболеваниями кожи и подкожной клетчатки, флегмонами шеи.
2. Диагностировать различные виды острых гнойных заболеваний кожи и подкожной клетчатки, флегмоны шеи.
3. Описывать локальные изменения при различных гнойно-воспалительных заболеваниях кожи и подкожной клетчатки, флегмонах шеи.

4. Сформулировать диагноз при различных гнойно-воспалительных заболеваниях кожи и подкожной клетчатки, флегмонах шеи.
5. Определять объем консервативного и оперативного методов лечения.
6. Осуществлять забор материала из очага для определения вида возбудителя и чувствительности его к антибиотикам.
7. Подбирать препараты для проведения антибактериальной терапии при гнойно-воспалительных заболеваниях.
8. Производить перевязки гнойных ран с выбором необходимых препаратов для местного лечения в соответствии с фазой раневого процесса.

2. Учебные вопросы

1. Определение понятия острых гнойных заболеваний кожи.
2. Классификация острых гнойных заболеваний кожи (по клиническому течению, локализации, характеру возбудителя, по стадии).
3. Источники развития острых гнойных заболеваний кожи.
4. Клинические проявления заболеваний лимфатической системы.
5. Фурункул. Клиника, диагностика, лечение.
6. Карбункул. Клиника, диагностика, лечение.
7. Гидраденит. Клиника, диагностика, лечение.
8. Абсцесс. Клиника, диагностика, лечение.
9. Флегмона. Определение понятия. Клиника, диагностика, лечение.
10. Флегмоны шеи.
11. Современные принципы комплексного лечения острых гнойных заболеваний кожи.
12. Особенности операций при острых гнойных заболеваниях кожи. Показания к дренированию.
13. Роль антибиотиков в комплексном лечении острых гнойных заболеваний кожи.

3. Примеры тестовых задач для контроля исходного уровня знаний:

<p>1. Чем опасны фурункулы верхней губы, носогубного треугольника, носа и суборбитальной области?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. отеком лица, 2. развитием паротита, 3. развитием гнойного базального менингита, 4. носовым кровотечением, 5. развитием тонзиллита.
<p>2. Какие мероприятия категорически запрещены при фурункуле?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. вскрытие гнойника, 2. применение сухого тепла (соллюкс-лампа, УВЧ), 3. выдавливание гнойника, 4. массаж тканей в области гнойника.

<p>3. К осложнениям фурункула относятся:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. лимфангит, 2. регионарный лимфаденит, 3. прогрессирующий острый тромбофлебит, 4. сепсис, 5. лимфостаз.
<p>4. Компонентами местного лечения при фурункуле являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. протирание зоны воспаления 70 % спиртом, 2. массаж, 3. влажные повязки в виде компрессов, 4. УВЧ, 5. все вышеперечисленное.
<p>5. Возможна ли локализация карбункула на ладонной поверхности кисти и подошвенной поверхности стопы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. да, 2. нет.
<p>6. Укажите возможные осложнения карбункула:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. лимфангит, лимфаденит, 2. прогрессирующий тромбофлебит, 3. сепсис, гнойный менингит, 4. перитонит, 5. синовит.
<p>7. Укажите наиболее часто применяемый разрез для вскрытия карбункула:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. дугообразный, 2. овальный, 3. параллельные линейные, 4. крестообразный, 5. разрез-прокол.
<p>8. Укажите возможную локализацию гидраденита:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. подмышечная ямка, 2. генитальная область, 3. перианальная область, 4. передняя брюшная стенка, 5. во всех указанных местах.
<p>9. Укажите показания для вскрытия гидраденита:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. рецидивы болезни, 2. наличие нескольких очагов в фазе серозно-инфильтративного воспаления, 3. развитие абсцесса, 4. наличие одного плотного крупного узла.
<p>10. Характерными признаками поверхностного абсцесса являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. гиперемия кожи, припухлость, флюктуация, болезненность, 2. бледность кожи, ограниченное уплотнение, 3. кожа обычной окраски, пальпируется мягкоэластическое

<p>образование,</p> <p>4. плотное, болезненное, подвижное образование в брюшной полости,</p> <p>5. все вышеуказанное, кроме п.3.</p>
<p>11. Флегмона – это острое разлитое воспаление:</p> <p>1. полости сустава,</p> <p>2. плевральной полости,</p> <p>3. брюшной полости,</p> <p>4. клетчаточного пространства,</p> <p>5. все вышеперечисленное верно.</p>
<p>12. Для уточнения локализации абсцесса мягких тканей производится:</p> <p>1. ангиография,</p> <p>2. пункция тонкой иглой,</p> <p>3. пункция толстой иглой,</p> <p>4. реовазография,</p> <p>5. ничего из вышеуказанного.</p>
<p>13. По характеру экссудата различают флегмоны:</p> <p>1. серозную,</p> <p>2. гнойную,</p> <p>3. гнойно-геморрагическую,</p> <p>4. гнилостную,</p> <p>5. анаэробную.</p>
<p>14. Рожистым воспалением называется острое серозное воспаление собственно кожи или слизистой оболочки, вызванное:</p> <p>1. палочкой свиной рожи,</p> <p>2. стафилококком,</p> <p>3. стрептококком,</p> <p>4. кишечной палочкой,</p> <p>5. протеем.</p>
<p>15. Укажите клинические формы рожи:</p> <p>1. эритематозная,</p> <p>2. буллезная,</p> <p>3. флегмонозная,</p> <p>4. некротическая,</p> <p>5. инфильтративная.</p>
<p>16. Укажите местные симптомы эритематозной формы рожи:</p> <p>1. жгучая боль,</p> <p>2. яркая гиперемия с четкими границами,</p> <p>3. повышение температуры воспаленной кожи,</p> <p>4. образование пузырей с серозным содержимым.</p>
<p>17. При консервативном лечении пациентов с рожей абсолютно противопоказаны:</p> <p>1. сульфаниламиды,</p> <p>2. влажные повязки и мази,</p>

3. ультрафиолетовое облучение, 4. антибиотикотерапия.
18. При флегмонозной и некротической формах рожи помимо консервативного лечения проводится: 1. вскрытие скопления гноя, дренирование раны, 2. некрэктомия, 3. ампутация конечности.
19. Эризипеллоид - это инфекционное заболевание, вызываемое: 1. стафилококком, 2. стрептококком, 3. кишечной палочкой. 4. палочкой свиной рожи, 5. протеом.
20. Наиболее частая локализация эризипелоида: 1. лицо, 2. голень, стопа, 3. пальцы кисти, 4. туловище, 5. все вышеуказанное, кроме 1
21. Лимфангит - это острое воспаление лимфатических сосудов, возникающее преимущественно: 1. первично, 2. вторично.
22. Что противопоказано при лимфангите конечности: 1. ликвидация первичного очага, 2. создание покоя, иммобилизация, 3. возвышенное положение конечности, 4. антибиотикотерапия, местно - мазевые повязки, 5. массаж конечности.
23. Лимфаденит - это воспаление лимфатических узлов, которое, как правило, является: 1. первичным, 2. вторичным.
24. Укажите основные лечебные мероприятия при лимфадените: 1. обеспечение покоя пораженной области, 2. антибиотикотерапия, 3. вскрытие и дренирование гнойного очага и гнойного лимфаденита, 4. дезинтоксикационная терапия и иммуностимуляция.

4. Литература

Основная:

1. Общая и частная хирургия / В.Н. Шиленок и др. / Под. ред. проф. В.Н. Шиленка. – Витебск, ВГМУ. - 2011. – 655с.

2. Методическое пособие по хирургическим болезням / В.Н. Шиленок, Э.Я. Зельдин, А.В. Фомин, К.В. Москалёв / Под. ред. проф. В.Н. Шиленка. – Витебск, ВГМУ. - 2007. – 356с.
3. Лекции по общей хирургии: Учебник под ред. Сушкова С.А–Витебск, 2002

Дополнительная

1. Чернов, В.Н. Общая хирургия: практ.занятия; учеб.пособие. – М., 2004. – 522 с.
2. Гарелик, П.В. Общая хирургия: [учебник] П.В.Гарелик, И.Я.Макшанов, Г.Г. Мармыш. – Гродно: ГрГМУ, 2006. – 409 с.
3. Общая хирургия: Учебное пособие /Под ред. Г.П.Рычагова и др. - Мн.: Интерпрессервис; Книжный дом, 2002.
4. Петров, С. В. Общая хирургия.: учеб. / С. В. Петров. - 3-е изд. перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 768 с.
5. Нартайлаков, М.А. Общая хирургия: учеб.пособие. – Ростов н/Д.: Феникс, 2006 . – 256 с.
6. Руководство по общей хирургии: Н. А. Ефименко, В. Е. Розанов, П. Н. Зубарев — Москва, Медицина, 2006 г.- 752 с.
7. Общая хирургия: А. И. Ковалев СПб., Медицинское информационн, 2009 г.- 648 с.
8. Косинец А.Н., Окулич В.К., Булавкин В.П. Антибактериальная терапия в гнойной хирургии: Руководство. - Витебск: ВГМУ, 2002
9. Хирургическая инфекция: Руководство для врачей (2-е изд. перераб. и доп.) /В.И.Стручков, В.К.Гостищев, Ю.В.Стручков /АМН СССР. - М.: Медицина, 1991

Тема: Воспалительно-некротические заболевания кисти.

1. Учебные и воспитательные цели

Цель практического занятия: Изучить клинику и диагностику различных форм флегмон кисти. Изучить методику обезболивания, правила рационального консервативного и оперативного лечения.

В результате студент должен **ЗНАТЬ:**

1. Особенности анатомического строения кисти.
2. Классификацию воспалительных заболеваний кисти.
3. Клинику различных форм флегмон. Диагностику флегмон.
4. Методы анестезии при вскрытии флегмон кисти.
5. Варианты консервативного и хирургического лечения флегмон кисти.

В результате студент должен **УМЕТЬ:**

1. Проводить обследование пациентов с воспалительно-некротическими заболеваниями кисти.
2. Диагностировать различные формы флегмон кисти.
3. Описывать локальные изменения при различных воспалительно-некротических заболеваниях кисти.
4. Сформулировать диагноз при различных воспалительно-некротических заболеваниях кисти.
5. Назначить консервативную терапию и выбрать оптимальный объем хирургического вмешательства при флегмонах кисти.
6. Производить иммобилизацию при гнойных заболеваниях кисти

2. Учебные вопросы

1. Топографо-анатомические сведения о строении кисти.
2. Классификация заболеваний кисти (по локализации, форме воспаления, характеру возбудителя, по стадии).
3. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз различных форм воспалительных заболеваний кисти.
4. Современные принципы комплексного лечения воспалительных заболеваний кисти.
5. Особенности операций, при воспалительных заболеваниях кисти.
6. Роль антибиотиков в комплексном лечении воспалительных заболеваний кисти.
7. Реабилитация пациентов при воспалительных заболеваниях кисти.

3. Примеры тестовых задач для контроля исходного уровня знаний:

Вопрос
1. Наиболее характерны явления интоксикации при:

<ol style="list-style-type: none"> 1. лимфадените; 2. фурункуле; 3. гидрадените; 4. флегмоне.
<p>2.«Запретная зона» кисти – это:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. локализация срединного нерва и его мышечных ветвей на кисти; 2. проекция глубокой ладонной артериальной дуги кисти; 3. проекция поверхностной ладонной артериальной дуги кисти; 4. локализация глубокой ветви лучевого нерва.
<p>3. У-образная флегмона кисти развивается при распространении инфекции с сухожильного влагалища следующих пальцев:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. с 1 на 3, 2. с 1 на 4, 3. с 1 на 5, 4. с 2 на 4, 5. с 2 на 3.
<p>4.Особенности строения кожи и подкожной клетчатки ладони кисти:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. состоит в основном из рыхлой соединительной ткани; 2. кожа плотная, малоподвижная; 3. имеет сращение с ладонным апоневрозом; 4. лишена волосяных луковиц и сальных желез; 5. подкожная клетчатка заключена между множественными вертикальными соединительно-ткаными волокнами, связывающими кожу с апоневрозом.
<p>5.Особенности распространения гнойно-воспалительных процессов на пальцах и кисти:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. быстрый переход воспаления с поверхности кожи в глубину 2. распространение воспаления на протяженности мягких тканей 3. быстрое распространение воспалительного процесса с ладонной поверхности на тыл.
<p>6.Клетчаточные пространства ладони включают:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. поверхностное клетчаточное пространство; 2. клетчаточное пространство тенора, гипотенора; 3. срединное клетчаточное пространство; 4. надфасциальное клетчаточное пространство.
<p>7.Гнойно-воспалительные заболевания ладонной поверхности кисти включают:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. мозольный (комиссуральный) абсцесс; 2. поверхностную (надaponевротическую) флегмону; 3. глубокую флегмону тенора, гипотенора, срединного пространство; 4. U – образную флегмону; 5. фурункул; 6. карбункул.

4. Литература

Основная:

1. Общая и частная хирургия / В.Н. Шиленок и др. / Под. ред. проф. В.Н. Шиленка. – Витебск, ВГМУ. - 2011. – 655с.
2. Методическое пособие по хирургическим болезням / В.Н. Шиленок, Э.Я. Зельдин, А.В. Фомин, К.В. Москалёв / Под. ред. проф. В.Н. Шиленка. – Витебск, ВГМУ. - 2007. – 356с.
3. Лекции по общей хирургии: Учебник под ред. Сушкова С.А–Витебск, 2002

Дополнительная:

1. Общая хирургия: Учебник для медицинских вузов./Под ред. П.Н.Зубарева, М.И.Лыткина, М.В.Епифанова. - СПб.: СпецЛит, 1999
2. Общая хирургия: Учебное пособие /Под ред. Г.П.Рычагова и др. - Мн.: Интерпрессервис; Книжный дом, 2002
3. Петров С.В. Общая хирургия. - СПб.: Издательство «Лань», 2001
4. Хирургическая инфекция: Руководство для врачей (2-е изд. перераб. и доп.)/В.И.Стручков, В.К.Гостищев, Ю.В.Стручков/АМН СССР. - М.:Медицина,1991
5. Косинец, А.Н. Инфекция в хирургии: Руководство / А.Н. Косинец, Ю.В. Стручков. – Витебск, 2004. – 510 с.

Тема: Итоговое занятие (1 семестр).

1. Учебные и воспитательные цели

Цель практического занятия: проверить знания студентов по изученному разделу хирургических болезней.

Итоговое занятие проводится в виде тестового контроля по всем разделам весеннего семестра. Каждый студент получает один из вариантов тестового задания, при решении которого выбирается один или несколько правильных ответов из числа предложенных.

В результате студент должен **ЗНАТЬ**:

1. Организацию работы хирургического отделения. Правила поведения медицинского персонала (студентов) в хирургической клинике. Технику безопасности.
2. Асептику. Устройство и оборудование операционного блока. Организацию работы операционной. Стерилизация операционного белья, перевязочного материала, хирургического инструментария и оптических приборов.
3. Подготовку хирурга к операции. Обработку рук хирурга. Надевание стерильной одежды. Обработку операционного поля.
4. Антисептику, виды антисептики.
5. Десмургию. Виды и типы повязок. Правила бинтования. Повязки на отдельные участки тела.
6. Кровотечения, классификацию кровотечений, клинику. Методы временной и окончательной остановки кровотечения.
7. Переливание крови, ее компонентов, препаратов и кровезаменителей
8. Общее обезболивание. Ингаляционный и неингаляционный наркоз. Осложнения при общем обезболивании. Виды местного и регионарного обезболивания.
9. Методы сердечно-легочной реанимации.
10. Подготовку пациентов к операции. Ведение пред- и послеоперационного периода.
11. Открытые повреждения – раны. Классификацию. Общие принципы лечения ран. Первичную хирургическую обработку: показания, противопоказания, этапы выполнения. Виды швов.
12. Закрытые повреждения. Ушибы, разрывы, растяжения. Травматический токсикоз. Закрытые повреждения черепа и мозга (сотрясение, ушиб, сдавление), грудной и брюшной полостей, забрюшинного пространства и органов, расположенных в них. Оказание первой помощи, принципы лечения.
13. Переломы и вывихи. Клиническую и рентгенологическую диагностику. Первую медицинскую помощь. Транспортную иммобилизацию. Принципы лечения переломов и вывихов.
14. Ожоги. Отморожения. Электротравма. Диагностику. Первую медицинскую помощь. Современные методы лечения.

15. Понятие об онкологии. Этиологию и патогенез опухолей. Особенности обследования онкологических пациентов. Классификацию опухолей по системе TNM. Общие принципы лечения
16. Основы пластической хирургии и трансплантологии. Понятие о восстановительных и реконструктивных операциях. Основные понятия трансплантологии.
17. Острые гнойные заболевания кожи, подкожной клетчатки, лимфатической системы. Фурункул, карбункул, гидраденит, абсцесс, флегмона, рожистое воспаление, лимфаденит, лимфангит. Флегмоны шеи.
18. Воспалительно-некротические заболевания кисти. Клинику различных форм флегмон. Диагностику, варианты консервативного и хирургического лечения флегмон кисти.

2. Литература

1. Общая и частная хирургия / В.Н. Шиленок и др. / Под. ред. проф. В.Н. Шиленка. – Витебск, ВГМУ. - 2011. – 655с.
 2. Методическое пособие по хирургическим болезням / В.Н. Шиленок, Э.Я. Зельдин, А.В. Фомин, К.В. Москалёв / Под. ред. проф. В.Н. Шиленка. – Витебск, ВГМУ. - 2007. – 356с.
 3. Лекции по общей хирургии: Учебник под ред. Сушкова С.А–Витебск, 2002
- Дополнительная
1. Чернов, В.Н. Общая хирургия: практ.занятия; учеб.пособие. – М., 2004. – 522 с.
 2. Гарелик, П.В. Общая хирургия: [учебник] П.В.Гарелик, И.Я.Макшанов, Г.Г. Мармыш. – Гродно: ГрГМУ, 2006. – 409 с.
 3. Общая хирургия: Учебное пособие /Под ред. Г.П.Рычагова и др. - Мн.: Интерпрессервис; Книжный дом, 2002.
 4. Петров, С. В. Общая хирургия.: учеб. / С. В. Петров. - 3-е изд. перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 768 с.
 5. Нартайлаков, М.А. Общая хирургия: учеб.пособие. – Ростов н/Д.: Феникс, 2006 . – 256 с.
 6. Руководство по общей хирургии: Н. А. Ефименко, В. Е. Розанов, П. Н. Зубарев — Москва, Медицина, 2006 г.- 752 с.
 7. Общая хирургия: А. И. Ковалев СПб., Медицинское информационн, 2009 г.- 648 с.
 8. Косинец А.Н., Окулич В.К., Булавкин В.П. Антибактериальная терапия в гнойной хирургии: Руководство. - Витебск: ВГМУ, 2002
 9. Хирургическая инфекция: Руководство для врачей (2-е изд. перераб. и доп.) /В.И.Стручков, В.К.Гостищев, Ю.В.Стручков /АМН СССР. - М.: Медицина, 1991

СОДЕРЖАНИЕ

Открытые повреждения – раны. Классификация. Общие принципы лечения ран. Первичная хирургическая обработка: показания, противопоказания, этапы выполнения. Виды швов.	3
Закрытые повреждения. Ушибы, разрывы, растяжения. Травматический токсикоз. Закрытые повреждения черепа и мозга (сотрясение, ушиб, сдавление), грудной и брюшной полостей, забрюшинного пространства и органов, расположенных в них. Оказание первой помощи, принципы лечения.	8
Переломы и вывихи. Клиническая и рентгенологическая диагностика. Первая медицинская помощь. Транспортная иммобилизация. Принципы лечения переломов и вывихов....	15
Ожоги. Отморожения. Электротравма. Диагностика. Первая медицинская помощь. Современные методы лечения. Итоговое занятие №3	21
Основы онкологии.	28
Основы пластической хирургии и трансплантологии.	34
Острые гнойные заболевания кожи, подкожной клетчатки, лимфатической системы. Фурункул, карбункул, гидраденит, абсцесс, флегмона, рожистое воспаление, лимфаденит, лимфангит. Флегмоны шеи.	39
Воспалительно-некротические заболевания кисти.....	45
Итоговое занятие (1 семестр).....	48

Учебное издание

Богданович Алексей Викторович

Учебно-методическое пособие
по хирургическим болезням
для студентов стоматологического факультета.
Часть 2

Учебно-методическое пособие

Подписано в печать _____. Формат 64х84 1/16.
Бумага типографская №2. Гарнитура Times New Roman Усл.

печ.л. _____
Уч. – изд.л. _____ Тираж _____ экз. Заказ № _____

Издатель и полиграфическое исполнение
УО «Витебский государственный медицинский университет»
ЛП № 02330/453 от 30.12.2013.

пр. Фрунзе, 27210023, г. Витебск.